

介護保険

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定  
要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

和気町長様

次のとおり申請します。

個人番号

被 保 者	介護保険 被保険者番号		申請年月日		
	医療 保 険	保険者名	保険者番号		
		被保険者証	記号	番号	枝番
	フリガナ		生年月日		
	氏名		性別		
	住所		〒 電話番号		
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護 ・要支援更 新認定場合 のみ記入	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
		有効期間( . . . から . . . )			
		*14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入	転出元自治体(市町村)名 [ . . . ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。はい・いいえ (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 . . . 年 . . . 月 . . . 日		
	介護保険施設入 院・入所の有無 (短期入所を除く)	有	入院・入所施設名 所在地		
無		介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名 所在地			

申請者氏名	本人との関係
提出代行者 名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)
申請者住所	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名
-------

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

○必要箇所にチェック したうえで、記入をお願いいたします。

1. 申請された理由を教えてください(※前回、認定を受けている方は、この間の様子をご記入ください)  
(例:「足に力が入らず、トイレに一人で行くことができずに困っている。」など)

申請理由 又は この間の様子 :

※認知症状 無し / 疑い又は 有 : 症状の内容 ( )

2. 訪問調査連絡先 (調査員から連絡をさせていただきますので、必ずご記入ください)

本人 /  家族 /  入院・入所先 /  その他 (提出代行者名称等: )

※連絡先 氏名 ( ) 本人との続柄 ( )  同居 /  別居

1) 携帯番号( - - )

2) 電話番号( - - )

◎ 連絡可能な時間帯 (平日の8:30~17:15の間で)

いつでも可

曜日 ( . . ) 時間帯 ( : ~ : )( : ~ : )

3. 訪問調査場所

自宅 (調査対象者宅)

入所施設 (施設名: )

入院先 (病院名 部屋: 階 号室) 入院日: 月 日 / 退院予定日 月 日

その他の訪問先 (住所: )

4. 調査立会い

有 ( 家族 ・ 提出代行者 ・ 施設職員等 ・ その他: )

無 ( 理由: )

5. 都合の悪い日にち (あらかじめ都合の悪い日が分かっていたらご記入ください)

日にち: 月 日 時頃  特に無し

6. 現在のサービスの利用状況

デイサービス  デイケア 施設名:( ) 利用曜日( )

訪問介護 利用曜日( . . ) 利用時間( : ~ : )

ショートステイ 利用日数( 日間 / 月)

福祉用具貸与(レンタル) 品目名:介護ベッド・車いす・歩行器・その他( )

現在サービスは利用していない

7. その他(電話連絡、調査時に注意してほしいことなど)

(例:「本人に病名を知らせないでほしい。」など)

次回受診予定日: 月 日

8. 認定結果通知の送付先

自宅  その他 (〒 )

窓口提出者 =  申請者  その他(氏名: ) 受付者氏名: \_\_\_\_\_